

Name des Hospizes: **Hospiz „Dr.-Jahn-Haus“**  
 Straße, Hausnr.: **Ernststraße 7b**  
 PLZ/Ort: **98617 Meiningen**  
 E-Mail: **hospiz@sozialwerk-meiningen.de**  
 Tel.: **03693/456440** Fax: **03693/456444**



## Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Thüringen

Das o. g. Hospiz stellt hiermit den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege für:

1	<b>Name, Vorname</b>	
2	<b>Geburtsdatum</b>	
3	<b>Anschrift</b>	
4	<b>Pflegegrad</b>	vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
		beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____
5	<b>Krankenkasse</b>	
6	<b>Versichertennummer</b>	
7	<input type="checkbox"/> <b>Angehöriger</b>	Name _____ Telefon _____ Adresse _____
	<input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigter</b>	Name _____ Telefon _____
	<input type="checkbox"/> <b>Betreuer</b>	Name _____ Telefon _____
8	<b>Hausarzt</b>	Name _____ Telefon _____

Die Aufnahme soll zum **nächstmöglichen** Termin erfolgen.

Die Einweisung erfolgt durch die Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik:

Name der Klinik/des Arztes: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

AnsprechpartnerIn des Antragstellers \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Wir bitten um

Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz

um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller

(Den Antrag bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen.)

## **Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege**

**Für (Name, Vorname):** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

ist die vollstationäre Versorgung im Hospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- die progredient verläuft und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - erwarten lässt und
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39a SGB V nicht erforderlich ist und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Erkrankung resultiert, die Möglichkeit der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und Familien(ergänzende) ambulante Versorgungsformen gemeint.  
Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.

Folgendes Krankheitsbild liegt bei dem Versicherten vor:

- Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems
- Chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung

Der Patient befindet sich:

- in der eigenen Wohnung / in anderer Wohnung     mit SAPV-Versorgung
- im Krankenhaus     Abtlg. Geriatrie
- auf einer Palliativstation
- in der Kurzzeitpflege
- in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

(Besondere Begründung erforderlich, warum eine Versorgung hier nicht mehr möglich ist!)

## Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten: o. g. Patient ist:

fremder Hilfe bedürftig beim An- und Auskleiden	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig bei der Körperpflege	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Essen	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Verlassen des Bettes	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Gehen	ja	nein	
gehunfähig	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Lagern	ja	nein	
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	ja	nein	
häufig bettlägerig (mehrmals täglich mehrere Std.)	ja	nein	
ständig bettlägerig	ja	nein	
urininkontinent	ja	nein	teilweise
stuhlinkontinent	ja	nein	teilweise
zur Persönlichkeit desorientiert	ja	nein	nicht immer
situativ desorientiert	ja	nein	nicht immer
örtlich desorientiert	ja	nein	nicht immer
zeitlich desorientiert	ja	nein	nicht immer
unruhig	ja	nein	nicht immer
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen (z. B. Tbc, MRSA, ESBL...)?	ja	nein, es besteht:	

### 1. Diagnosen mit Angaben von Krankheitsstadien

(Angaben zur aktuellen Schwere des Krankheitsstadiums, aus dem die Notwendigkeit der Hospizbetreuung abgeleitet wird und nachvollzogen werden kann, dass häusliche Pflege nicht ausreichend ist) - *Arztbericht/letzte Epikrise, wenn vorhanden, bitte beifügen!*

### 2. Aktuelle Medikation inklusive Dosierung und Applikationsform - *Medikamentenplan bitte beifügen*

### 3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

ausgeprägte Schmerzsymptomatik	ja,	nein
ausgeprägte neurolog./psychiatr./psych. Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden o. Tumore	ja,	nein
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte Demenz	ja,	nein
<p>Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.)</p>		

### 4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

			Hilfsmittel/Versorger/Firma
Verbände/ Dekubitusversorgung	ja	nein	
ZVK/ Port	ja	nein	
Infusionen	ja	nein	
Trachealkanüle	ja	nein	
Harnblasendauerkatheter	ja	nein	
Sauerstoffversorgung	ja	nein	
Stomaversorgung	ja	nein	
PEG	ja	nein	
Beatmung	ja invasiv    nicht invasiv	nein	

### 5. Hinweise/Bemerkungen des Arztes

(soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert, besondere Begründung wenn eine Verlegung aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgen soll, bzw. Sonstiges)

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes